

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Henri POIRIER

Né à Droué (Loir-et-Cher) le 27 mars 1875

DES ABCÈS PHARYNGIENS

SIMULANT L'ADÉNITE

Ou l'Adéno-Phlegmon sous-maxillaire

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

GAUCHER et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Henri POIRIER

Né à Droué (Loir-et-Cher) le 27 mars 1875

DES ABCÈS PHARYNGIENS

SIMULANT L'ADÉNITE

Ou l'Adéno-Phlegmon sous-maxillaire

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

GAUCHER et THOINOT, agrégés.

questions qui lui seront faites sur les
de l'enseignement médical

PARIS
E & BOYER
la Faculté de Médecine
E RACINE, 15
1900

de
nen
op
400
nur-
pren
het
van
te
binnen
en
In
nu
erkend,
dat
geen
ger

den
versieringen
op
het
fort
Motto
aan
der
ontving
Santiago,
De
nieuwe
minuten
vernield.
Ame
ger

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

PAUCIS FIDELIBUS AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur

Obéissant à un devoir bien doux à remplir, nous faisons hommage de ce travail, si imparfait qu'il soit, à tous ceux qui ont acquis droit à notre reconnaissance en nous formant à leur précieux enseignement.

Parvenu à la fin de nos études, nous nous sommes plus d'une fois aperçu de l'extrême influence qu'avaient eue sur nous les premiers enseignements, aussi, tenons-nous à adresser le meilleur de nos remerciements à nos maîtres de l'Ecole de Tours qui nous ont accueilli tout jeune encore, et ont jeté les premières assises de notre éducation médicale, j'ai nommé les Docteurs Duclos et Thierry, qui nous ont fait l'honneur de leur bienveillante sollicitude, et qui, par les conseils éclairés qu'ils ne nous ont jamais ménagés, ont si souvent contribué à vaincre les difficultés que le jeune disciple ne manque jamais de rencontrer sur sa route.

A la mémoire de notre éminent maître le Docteur Ferrand, nous apporterons le pieux tribut de nos profonds regrets.

Au Docteur Champetier de Ribes qui fut notre initiateur à l'art obstétrical, nous exprimerons toute notre gratitude.

Notre maître le docteur Aviragnet, nous a donné l'idée de notre thèse inaugurale ; nous lui devons une

partie de nos observations, et il a poussé la bienveillance, jusqu'à prendre part, pour ainsi dire, à notre travail. Nous ne pouvons lui adresser trop de remerciements.

Nous ne saurions terminer sans rendre hommage à notre distingué compatriote, Monsieur le Docteur Damalix, qui fut pour nous, non seulement un conseiller éclairé, mais un véritable ami. Il a droit à toute notre reconnaissance pour le sympathique intérêt qu'il nous a constamment témoigné, et pour le solide appui qu'il ne nous a jamais refusé.

Nous assurons de nos hommages les plus respectueux, Monsieur le Professeur Potain, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.



Introduction

Objet. — Raison d'être. — Division du sujet

Le sujet que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse, n'est pas nouveau. Depuis trente ans en effet, il a été traité maintes et maintes fois, et nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre originale.

D'autant plus que parmi les thèses édifiées jusqu'à ce jour sur le sujet qui nous occupe, plusieurs font époque et marquent une étape dans l'histoire des abcès pharyngiens.

Tout cependant n'a pas été dit sur la matière et notre maître Monsieur le Docteur Aviragnet, ayant observé plusieurs cas d'abcès latéro-pharyngiens qu'on aurait pu confondre avec un adéno-phlegmon ou une adénite sous-maxillaire, nous a engagé à étudier de près ce côté de la question, aucune recherche n'ayant encore été faite en ce sens.

Nous étudierons donc dans une première partie les abcès pharyngiens en général, résumant autant que

possible les travaux de nos devanciers, effleurant l'anatomie du pharynx, pour appuyer spécialement sur la description des ganglions lymphatiques de cette région.

Dans la seconde partie de notre travail, nous traiterons des abcès latéro-pharyngiens en particulier, abcès qui simulent quelquefois les adéno-phlegmons sous-maxillaires.

Nous montrerons les symptômes identiques de ces deux affections, qui peuvent permettre leur confusion; et nous nous attacherons à bien décrire les signes différentiels à l'aide desquels il sera possible de poser un diagnostic certain.

Nous n'avons pas d'observations personnelles. Mais les abcès pharyngiens étant relativement rares, plus clairsemés encore sont les cas spéciaux d'abcès qui nous occupent. On nous pardonnera donc de ne publier dans notre thèse que deux observations inédites que nous devons à l'obligeance de M. Aviragnet, observations qui ont été le point de départ de nos recherches et de ce modeste travail.



Première Partie

Abcès pharyngiens en général

CHAPITRE PREMIER

Anatomie du pharynx

Configuration générale. — Le pharynx représente l'extrémité supérieure du tube digestif ; il s'étend de la base du crâne jusqu'à l'orifice supérieur de l'œsophage qui lui fait suite. Les fosses nasales, la cavité buccale et le larynx s'y ouvrent en avant, les trompes d'Eustache sur les côtés.

A sa partie inférieure, le pharynx est limité en avant par le bord inférieur du cartilage cricoïde, en arrière par le corps de la sixième vertèbre cervicale.

Il est assez large en haut, rétréci en bas et présente la forme d'un entonnoir à petite extrémité inférieure.

Sa face antérieure est cachée par le squelette de la face, la base de la langue, l'os hyoïde et le larynx. Sa face postérieure est formée en haut par les aponévroses et la muqueuse ; plus bas, elle est revêtue par la couche musculaire des constricteurs.

Rapports.— Le pharynx est enveloppé sur les côtés et en arrière par l'aponévrose péri-pharyngienne qui forme la gaine des vaisseaux. Il est limité dans sa partie nasale en haut et en arrière par l'apophyse basilaire, en bas par le voile du palais ; sur les côtés par les ailes internes de l'apophyse phérygoïde.

Sa portion buccale est comprise entre le voile du palais en haut, la base de la langue et l'épiglotte en bas.

Etendue de la base de la langue et de l'épiglotte, au bord inférieur du cricoïde, sa portion laryngienne est en rapport avec la face postérieure du larynx.

Quant à sa paroi postérieure, elle repose tout entière sur la colonne vertébrale, non directement, mais séparée d'elle par une couche lamelleuse très lâche de tissu conjonctif, qui permet les mouvements d'abaissement et d'élévation du pharynx et qui s'enflamme facilement.

Par sa paroi latérale, le pharynx est en outre en rapport avec l'espace maxillo-pharyngien, ou loge rétro-pharyngienne, de Lushka. Cet espace maxillo-pharyngien, est une loge prismatique et triangulaire, dont la base est en arrière et repose sur la colonne

vertébrale, dont le sommet est en avant aux attaches des muscles constricteurs.

L'apophyse styloïde, les muscles et les ligaments qui en naissent divisent cet espace en deux loges l'une externe stylo-maxillaire, ou parotidienne, l'autre interne, loge stylo-ptérigo-pharyngienne.

Cette loge interne, est, elle-même, divisée en deux compartiments, par une cloison musculo-aponévrotique. L'espace antérieur contient l'amygdale palatine, séparée du muscle ptérygoïdien interne et du maxillaire inférieur par du tissu cellulaire et graisseux abondant. L'espace postérieur est en contact avec la paroi antérieure de la gaine des gros vaisseaux du cou.

Derrière cet espace se trouvent en procédant de dedans en dehors : la carotide interne accolée à la paroi du pharynx, en dehors [la veine jugulaire interne, en arrière, le pneumo-gastrique, puis le grand sympathique, le grand hypoglosse, le glosso-pharyngien et le spinal.

On y trouve également des ganglions lymphatiques que nous étudierons plus tard.

Lymphatiques. — Les lymphatiques de la paroi du pharynx forment sur la muqueuse un réseau d'une extrême richesse, d'où naissent de chaque côté deux groupes de troncs, l'un supérieur et oblique, l'autre inférieur et horizontal.

Le groupe supérieur se compose de trois ou quatre troncs qui se jettent dans les ganglions situés

sur la partie la plus élevée du constricteur supérieur. Le groupe inférieur est formé d'un plus grand nombre de troncs qui se dirigent horizontalement vers les ganglions situés devant la bifurcation de la carotide primitive.

Ces deux groupes de ganglions latéro-pharyngiens reçoivent les lymphatiques venus de la muqueuse du voile du palais, des amygdales palatines, et des parois latérales du pharynx. Ils sont en rapport avec le tissu cellulaire de l'espace maxillo-pharyngien dans lequel il pourra se former d'abondantes collections purulentes, les abcès latéro-pharyngiens.

Puis, situés contre la paroi postérieure, on rencontre les ganglions rétro-pharyngiens ; ces ganglions ont été signalés par Tortual, Lushka et Henlé. Ils ont été étudiés surtout par Gillette, qui en a donné une bonne description. On les trouve au nombre de deux, chez les enfants, derrière le pharynx, à la hauteur de l'axis, allongés verticalement en forme d'amandes. Chacun d'eux est situé en dehors de la ligne médiane et plus près de l'union de la paroi latérale avec la paroi postérieure, dans le tissu lamineux très lâche qui sépare le constricteur supérieur de l'aponévrose des muscles prévertébraux, à un ou deux centimètres au-dessous du bord supérieur du premier constricteur, et immédiatement en dedans de la carotide interne. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des amygdales pharyngiennes et de la muqueuse de

la partie postérieure du pharynx, et surtout du pharynx nasal.

Leur longueur est d'environ un centimètre et leur largeur de cinq millimètres. D'après Gillette, on n'en trouve plus qu'un seul chez les enfants plus âgés, et on constate que chez l'adulte, ils ont souvent disparu l'un et l'autre. Cette opinion est sans nul doute exagérée, car on les a souvent depuis rencontrés chez l'adulte.

D'après Gautier, on peut les trouver un peu moins haut que ne les avait placés Gillette.

Or, les différentes hauteurs auxquelles sont placés ces ganglions, leur situation dans une gangue celluleuse bridée de tous côtés par des aponévroses, sauf en bas, et à la partie antéro-externe, suffisent pour nous expliquer les différents types d'abcès pharyngiens.

En effet, des ganglions situés immédiatement au-dessous de la base du crâne, viennent-ils à s'enflammer, il se forme un abcès qui proémine dans le naso-pharynx, abcès inaccessible à la vue et souvent même au toucher, et dont la gravité dépend des complications cérébrales.

Ces ganglions sont-ils situés au contraire un peu plus bas, au cas d'infection, l'abcès proémine dans le pharynx buccal, offrant tous les symptômes de l'abcès moyen.

Enfin, l'infection gagne-t-elle de proche en pro-

che, et le pus obéit-il aux lois de la pesanteur, nous aurons l'abcès pharyngien type inférieur.

Si le pus continue à fuser par la voie qui lui reste libre, il atteint le médiastin dont le tissu cellulaire se continue avec celui de l'espace maxillo-pharyngien, occasionnant une médiastinite suppurée ou une pleurésie purulente.

Si l'infection gagne au contraire les ganglions pharyngiens latéraux, l'abcès proémine sur les côtés et simule un adéno-phlegmon sous-maxillaire pareil à ceux qui succèdent parfois aux formes graves d'amygdalite suppurée.



CHAPITRE II

Etiologie

« Gillette, reprenant et complétant les travaux de Mondière et de Verneuil a démontré que dans la plus grande majorité des cas, l'abcès pharyngien est un adéno-phlegmon des ganglions lymphatiques situés sur les côtés ou en arrière du pharynx. »

Cette constatation seule suffit pour nous indiquer l'étiologie la plus fréquente de ces abcès. Les ganglions rétro-pharyngiens reçoivent en effet principalement les lymphatiques de la muqueuse du nez, de la voûte palatine et de l'amygdale pharyngée. D'un autre côté, les ganglions latéraux reçoivent les lymphatiques venus de la muqueuse du voile du palais, des amygdales palatines et des parois latérales du pharynx. On comprend ainsi facilement pourquoi l'abcès pharyngien est presque toujours la conséquence de l'infection d'une de ces régions.

Les causes principales de l'abcès pharyngien sont donc les inflammations de la muqueuse nasale ; co-

ryza simple ou rhinite infectieuse ; les inflammations de la muqueuse pharyngée : angine simple, scarlatineuse ou syphilitique ; l'inflammation aiguë du nasopharynx, c'est-à-dire l'adénoïdite aiguë avec ou sans végétations adénoïdes préalables.

Parfois l'infection se fait directement soit par suite d'une piqûre, d'une simple écorchure de la muqueuse, soit par l'introduction d'un corps étranger dans l'œsophage, corps étranger qui peut causer un abcès, tout en laissant la muqueuse intacte, comme un corps étranger de l'intestin peut causer une péritonite sans perforation aucune. Gillette rapporte deux observations de Créquy, dans lesquelles un sou et une pièce de un franc, arrêtés dans la partie supérieure de l'œsophage, ont amené une perforation de cet organe, un abcès rétro-pharyngien, la perforation de la plèvre, et ont occasionné la mort.

Il y a également des causes prédisposantes : la première de toutes tient à l'âge, au jeune âge du sujet.

Les abcès pharyngiens, les rétro-pharyngiens en particulier, se trouvent en effet presque exclusivement chez les enfants, surtout dans les premières années de la vie. Gautier en observe 35 cas chez des enfants de 0 à 2 ans. Roustan, sur 38 cas qu'il est à même d'observer, en voit 28 avant les dix-huit premiers mois. Et Gillette, sur 48 cas, nous rapporte 42 cas qu'il a vus de 2 à 3 ans.

Et rares sont les observations où l'abcès pharyngien s'est développé chez un adulte.

« Cette prédisposition de la première enfance tient d'abord à l'activité du système lymphatique à cette période de la vie, activité qui se manifeste au point de vue pathologique par la participation très fréquente des ganglions aux processus infectieux ».

« D'autre part elle est liée au développement particulier des ganglions rétro et latéro-pharyngiens dans les premières années de la vie. Et l'extrême rareté de la maladie chez les adultes, tient sans doute, comme l'a prétendu Gillette, à la fréquente atrophie, sinon à la disparition complète de ces ganglions à partir de la troisième année. »

On ne peut nier qu'en dehors de l'âge, il n'y ait des tempéraments prédisposés aux abcès pharyngiens, des individus offrant un terrain propice à l'infection ganglionnaire et à l'éclosion de la maladie.

De ce nombre sont les enfants dits scrofuleux (et par scrofule il faut entendre lymphatisme, tuberculose et syphilis) les enfants affaiblis et cachectisés par une maladie aigue antérieure.

Dans nombre d'observations, on remarque que l'abcès s'est développé après une rougeole, une scarlatine, une pneumonie, et il est à croire que les deux éléments affaiblissement et infection spéciale se sont réunis pour créer la prédisposition.

De deux à trois ans, voilà donc l'âge où l'on observe

le plus fréquemment les abcès pharyngiens. Passé cet âge, et surtout dans les années moyennes de la vie, l'abcès rétro-pharyngien est une curiosité pathologique ; l'abcès latéro-pharyngien seul se rencontre encore quelquefois.



CHAPITRE III

Symptomatologie

Signes fonctionnels. — L'abcès pharyngien se présente sous bien des formes et bien des aspects différents. Pour la facilité de la description, on peut cependant lui donner plusieurs phases qui, hâtons-nous de le dire sont plus ou moins bien tranchées.

a) A la période de début qu'on pourrait appeler la période angineuse, les symptômes sont peu caractéristiques. L'enfant présente une légère rougeur de la gorge, simulant une angine ; il souffre d'un coryza plus ou moins intense ; le naso-pharynx est enflammé. Malgré tout, la fièvre est généralement nulle ou peu élevée, la constipation est opiniâtre et parfois surviennent des vomissements, mais rien jusqu'alors ne peut faire supposer une infection ganglionnaire.

b) Mais brusquement la scène change, la fièvre monte à 39° ou 40°. L'enfant qui jusque-là prenait facilement sa nourriture, s'engoue à chaque instant ; ses traits se contractent pendant les mouvements de dé-

glutition, les régurgitations reviennent fréquentes. La douleur est tellement intense que le petit malade finit par refuser complètement le sein, et cette dysphagie, si l'on n'y porte un prompt remède, entraîne rapidement la cachexie, et peut causer la mort de l'enfant.

En même temps la gêne de la respiration s'accroît. La dyspnée d'abord légère, s'annonce par un léger ronflement pendant l'inspiration ; elle s'accroît à mesure que l'orifice du larynx est plus rétréci par l'abcès et l'air rencontrant un obstacle, l'inspiration et l'expiration font entendre non pas un sifflement strident, mais un ronchus particulier. Il se produit en même temps une dépression au creux épigastrique et au creux sus-sternal, un tirage analogue à celui du croup.

Mais fait remarquable, avant d'arriver à cette dyspnée continue, alors que la respiration se fait encore sans grandes difficultés, il survient tout à coup des accès de suffocation terribles, causés par un simple mouvement, une mauvaise position, par le contact de l'abaisse-langue, ou du doigt, par un fait inappréciable.

Et alors l'enfant se dresse sur son séant, il s'accroche au fer de son lit, il cherche la meilleure position où il puisse avoir de l'air, et après quelques instants de lutte où l'enfant semble devoir succomber, tout rentre dans l'ordre : la respiration se rétablit comme devant jusqu'à un nouveau paroxysme.

Souvent le décubitus dorsal est défavorable au malade, mais parfois la position assise ou debout suffit pour réveiller une crise que la position couchée calme aussitôt. Dans ces cas, le pus de l'abcès qui bombe en avant et rétrécit le larynx quand l'enfant est debout ou assis, s'étale en nappe dans la paroi postérieure du pharynx quand le malade est couché et permet le dégagement de l'arbre aérien.

Signes physiques. — a) *Examen du cou* : Quelquefois on ne trouve rien à l'examen du cou. Souvent, on constate une tuméfaction qui est limitée à la région sous-maxillaire, et dans ces cas on a affaire soit à un engorgement des ganglions sous-maxillaires, soit à un prolongement de l'abcès pharyngien. En tout cas, cette tuméfaction est douloureuse à la pression et elle détermine des accès de suffocation quand on a affaire à un prolongement de l'abcès.

La coloration cyanotique de la face, les battements des carotides, les saillies des jugulaires sont des phénomènes rares et inconstants sur lesquels on ne peut s'appuyer pour faire ce diagnostic.

La propulsion du corps thyroïde en avant est au contraire un symptôme assez fréquent.

b) *Examen de la bouche et du pharynx* : A cet examen l'on constate une déformation de la paroi postérieure ou latérale du pharynx, la tumeur ne siégeant jamais sur la ligne médiane au début, — la muqueuse est rouge et violacée.

Parfois cet examen de l'arrière-gorge ne révèle rien ; il ne faut pas alors insister ni se servir du laryngoscope dont l'introduction peut causer un accès de suffocation mortel.

c) *Toucher bucco-pharyngé* : Mieux vaut s'abstenir et procéder au toucher bucco-pharyngé.

Le doigt introduit dans l'arrière-gorge, sent une tumeur sur la paroi postérieure ou latérale du pharynx. En appuyant très fortement et vite sur cette paroi, et retirant légèrement le doigt, on peut percevoir la sensation de flot produite par le pus reflué d'un côté à l'autre de la poche.

Gillette se servait, pour obtenir la fluctuation, des deux index introduits à la fois, et manœuvrant comme pour un abcès ordinaire.

Cette façon de procéder, outre qu'elle est difficile pour le praticien, est en même temps douloureuse pour le malade, et mieux vaut préférer le toucher unidigital, où employé le toucher pharyngien, combiné au palper cervical.

Cet examen du pharynx doit être fait avec une grande douceur, mais en même temps avec une grande rapidité. On s'assure s'il n'y a pas de battements, si l'abcès est circonscrit, ou s'il envoie des prolongements dans différentes directions.

Dans aucune circonstance il n'est permis de s'abstenir de toucher, car lui seul permet de poser un

diagnostic certain, et de se rendre compte de tous les détails.

Formes cliniques. — Les abcès pharyngiens sont divisés en deux classes, d'après la position qu'ils occupent par rapport aux parois :

Les abcès rétro-pharyngiens ; les abcès latéro-pharyngiens.

Quant aux abcès antéro-pharyngiens ils sont d'une excessive rareté.

Ce sont les abcès rétro-pharyngiens qui sont les plus fréquents ; aussi les avons nous pris comme types de notre description.

Ils correspondent à trois formes : supérieure, moyenne ou inférieure.

a) *Type moyen* : Le type moyen est le plus fréquent. Il est caractérisé par des troubles de la déglutition très marqués, et par un ronflement qui persiste quand on oblige l'enfant à respirer par la bouche en lui bouchant le nez. La dyspnée est très faible et n'apparaît que très tard quand le pus a fusé dans le larynx et que l'abcès est devenu inférieur.

Le type moyen, que l'on rencontre d'ailleurs le plus fréquemment est, de par son siège, situé au fond de l'arrière-gorge, en face de l'orifice de la bouche le plus facile à diagnostiquer et par la vue et le toucher.

b) *Type supérieur* : Dans le type supérieur on constate de l'enchifrènement, du coryza, un ronflement très intense qui disparaît quand on pince le nez

de l'enfant ; la voix prend le timbre de celle du canard. C'est alors que l'on observe de la céphalalgie, de l'insomnie, du délire, des convulsions, tous symptômes qui peuvent en imposer pour une méningite, d'autant mieux que le doigt ne peut sentir que difficilement l'abcès, et en remontant vers l'orifice postérieur des fosses nasales.

c) *Type inférieur* : L'abcès inférieur ou laryngien se rencontre assez fréquemment, et comme le supérieur présente une grande difficulté de diagnostic. C'est lui le plus dangereux par les accès de suffocation qu'il détermine ; il est fréquemment suivi de mort subite.

Ici, c'est la dyspnée qui domine la scène, dyspnée toujours intense, mais présentant des paroxysmes. Il n'y a que peu ou pas de dysphagie : les aliments coulent en effet chaque côté de la tumeur, dans les gouttières de Morgagni.

C'est ce type d'abcès que l'on peut confondre facilement avec le croup.

Tous ces abcès, à quelque forme qu'ils appartiennent, peuvent évoluer d'une façon plus ou moins rapide. De même que dans tous les adéno-phlegmons, la formation de l'abcès est brusque et se fait rapidement, ou bien la collection purulente se fait d'une manière insidieuse.

Ils sont parfois chroniques, et ils peuvent après une période plus ou moins longue de silence, revêtir

une forme plus aiguë et amener tous les accidents qu'on observe avec les abcès pharyngiens aigus.

Complications. — En première ligne des complications des abcès pharyngiens, il faut placer l'œdème de la glotte, survenant par voisinage, et qui emporte rapidement les petits malades.

La broncho-pneumonie survient aussi fréquemment, causée soit par la chute directe du pus dans les voies aériennes, soit due à une infection propagée par la voie sanguine.

Le pus fusant directement en bas, peut donner naissance à une médiastinite suppurée, à une pleurésie purulente, comme il est arrivé dans plusieurs observations.

Enfin, l'on a signalé l'ulcération des vaisseaux avoisinant l'abcès: Cette complication, une des plus dangereuses de toutes est heureusement fort rare. Thoyer-Rezot en effet n'a pu en recueillir que quatre cas dont deux cités par Gauthier, les deux autres publiés par Carmichael et Bokai.

Diagnostic. — « Pour éviter toute erreur de diagnostic, il est nécessaire d'observer le principe suivant : Chez un enfant malade toujours examiner la gorge et examiner la gorge par la vue et par le toucher ».

L'abcès supérieur peut être souvent confondu avec le coryza. Mais dans ce dernier cas, le gonflement est moins intense, le voile du palais moins en-

flammé. Enfin dans le coryza, un lavage soigneusement fait débouche momentanément le nez de l'enfant ce qui n'a pas lieu dans l'abcès pharyngien. On pourrait également songer à la méningite, surtout en présence des phénomènes cérébraux, mais dans l'abcès pharyngien, la constipation est beaucoup moins opiniâtre, le ventre n'est pas rétracté en forme de bateau. On ne constate ni raideurs musculaires, ni soubresauts tendineux, ni respiration de Cheyne-Stokes.

L'abcès moyen est le plus facile à diagnostiquer, puisqu'on l'aperçoit au fond de l'arrière-gorge. On pourrait cependant le confondre avec phlegmon péri-amygdalien. Mais on remarquera que dans l'abcès, l'amygdale est rejetée en avant au lieu d'être englobée dans les tissus. D'ailleurs le phlegmon péri-amygdalien est très rare chez l'enfant.

Quant à l'abcès inférieur, il ne doit pas être confondu avec un polype du larynx qui forme une tumeur flottante, avec un œdème de la glotte dont on peut sentir les deux bourrelets, enfin avec le croup. Mais dans les cas douteux où la clinique ne peut se prononcer, on aura recours au microscope ou aux procédés de culture.

Terminaison de l'abcès. — a) *non incisé* : L'abcès pharyngien non incisé, à de rares exceptions près, se termine ordinairement par la mort et souvent par la mort subite.

L'abcès pharygien incisé entre presque aussitôt

dans la voie de la guérison, et à part quelques cas malheureux où la maladie n'a pas été modifiée, ou la mort a eu lieu au moment de l'intervention, le malade guérit une fois que l'abcès est ouvert.

Les cas heureux où l'abcès guérit par ouverture spontanée sont des plus rares : Gauthier n'en cite qu'une seule observation.

Dans les statistique de Bokai père, sur 144 cas soignés à l'hôpital des enfants de Pesth, 19 se sont ouverts spontanément dans le pharynx.

La statistique de Bokai fils qui porte sur 138 cas observés à l'hôpital Stéphanie, mentionne 16 cas d'ouvertures spontanées. En somme une ouverture spontanée sur 8 cas environ.

Et encore cette ouverture spontanée n'implique-t-elle pas forcément la guérison puisque Bokai nous apprend que même dans l'ouverture spontanée la mort peut se produire par asphyxie, par suite de la chute du pus dans la trachée.

Le plus ordinairement, l'abcès abandonné à lui-même se termine par la mort. Et la mort peut survenir lentement, progressivement, succédant à l'asphyxie, à la cachexie par inanition, à la broncho-pneumonie à la pleurésie purulente ; parfois au contraire, elle survient brusquement, inopinément.

Cette mort subite est causée non point par l'asphyxie due à la chute du pus dans les voies aériennes puisqu'à l'autopsie on ne trouve pas trace de pus, et

que le cœur est petit, contracté, vide de caillots, comme un cœur inhibé, mais par une hémorragie due à la rupture d'un vaisseau important, par asphyxie suraiguë causée le plus souvent par un spasme de la glotte, et surtout par un arrêt du cœur, « par suite d'une action réflexe qui peut se produire et se produit quelquefois dans les lésions les plus simples et les plus bénignes en apparence de la muqueuse pharyngée ».

b). *Abcès incisé*: La guérison est la règle après l'incision de l'abcès pharyngien; au bout de 2 ou 3 jours, grâce aux lavages antiseptiques, il n'est plus trace de rien. On constate cependant quelquefois une légère entérite qui succède à la déglutition du pus, mais cet accident est sans importance, car il cède rapidement à un traitement approprié.

Parfois, la mort survient malgré l'incision. C'est qu'on est intervenu trop tard, alors que le pus avait fusé dans le médiastin ou dans les plèvres, c'est que l'infection s'était déjà généralisée, produisant la cachexie, amenant l'éclosion d'une broncho-pneumonie.

Dans quelques cas, on a vu se produire la mort subite au moment de l'ouverture de l'abcès, mort subite souvent réelle, mais quelquefois apparente, et suivie de la réapparition de la vie et des mouvements respiratoires, succédant aux tractions rythmées de la langue, à la respiration artificielle.

Quand la mort subite est réelle, elle est due, sans nul doute, au même mécanisme que dans l'abcès non incisé.



CHAPITRE IV

Traitement

Dès que le diagnostic d'abcès pharyngien est établi, il faut intervenir et intervenir le plus rapidement possible. On évitera ainsi les surprises : généralisation de l'infection, complications de toute nature, surtout la mort subite, assez fréquente dans les abcès rétro-pharyngiens.

Mais quel traitement choisira-t-on ? Il n'en est qu'un seul : l'intervention chirurgicale.

Tous les traitements médicaux sont illusoires : cataplasmes, application de glace sur le cou, compresses et inhalations chaudes, attouchements iodés, scarifications, sangsues. Tous ces soins seront inutiles ; on perdra ainsi un temps précieux, on temporisera d'une façon inopportune, et quand les accès de suffocation seront plus fréquents, quand le malade sera sur le point de succomber, s'il ne meurt pas subitement, sans qu'on puisse prévoir cette issue fatale, on se décidera enfin à une intervention tardive qui peut être ne sauvera pas le patient.

Il n'existe donc qu'un seul traitement, le traitement chirurgical.

Tous sont d'accord sur ce point ; mais là les interventionnistes se divisent en deux camps : les uns, se servant du procédé employé depuis que l'on connaît les abcès pharyngiens, font l'incision par la voie buccale ; les autres se basant sur l'innocuité d'une incision antiseptiquement faite, ouvrent une voie au pus par une issue extérieure.

Entre ces deux procédés on ne saurait faire un choix exclusif. Il est des cas certainement où l'abcès faisant saillie à l'extérieur, il sera plus facile de l'ouvrir en faisant une incision cutanée.

En général cependant, comme l'abcès pharyngien est situé plus près de la gorge que des téguments, il sera préférable de l'inciser par la voie buccale.

Pour ce faire, à moins que l'abcès soit immédiatement sous la muqueuse et se laisse ouvrir d'un coup de sonde, voire même avec l'ongle, on se servira d'un bistouri dont la lame sera entourée de diachylon jusqu'à un demi centimètre environ de la pointe.

L'index gauche introduit dans la bouche et servant de guide, on enfonce le bistouri qui ponctionne rapidement la poche.

On a soin d'agrandir immédiatement la plaie, soit au bistouri, soit à l'aide de la sonde, de façon à ouvrir une large voie à la collection purulente.

Dès la première incision, un flot de pus s'écoule,

qui peut tomber, fait rare, dans le larynx et provoquer un accès de suffocation, ou précéder l'éclosion d'une broncho-pneumonie. Afin d'éviter cette complication il est bon, sans aller jusqu'à mettre l'enfant la tête en bas, de faire tenir le patient couché sur les genoux d'un aide, dans une position latéro-ventrale. Le pus de cette façon jaillit sur les cotés de la bouche, et pour le faire s'écouler dehors, il suffit de placer l'enfant dans le décubitus ventral, sans crainte d'entraver sa respiration.

Dans la plaie, quelques injections d'eau boriquée ou simplement bouillie. La plaie se cicatrise rapidement, et, d'ordinaire, au bout d'une semaine la guérison est complète.

Cette incision buccale, si facile et si simple, la plupart du temps, offre parfois de réelles difficultés, et il est malaisé d'atteindre l'abcès quand l'enfant est remuant et indocile, quand les mâchoires sont contractées, ce qui est rare du reste, enfin quand l'abcès est très inférieur.

On a reproché aussi à l'incision buccale d'être dangereuse :

D'abord à cause du voisinage des gros vaisseaux que la pointe du bistouri peut léser, amenant ainsi une hémorrhagie mortelle ; puis par la chute du pus dans les voies aériennes, chute qui peut amener l'asphyxie, ou une broncho-pneumonie par infection.

Ces reproches sont sévères : il est facile en effet,

par un toucher bucco-pharyngien soigneux, de se rendre un compte exact de la position des vaisseaux du cou, par rapport à l'abcès, comme il est aisé d'empêcher le pus de tomber dans les voies respiratoires. D'ailleurs, l'autopsie des sujets morts au moment de l'ouverture d'un abcès pharyngien, a démontré que le pus ne pénétrait pas, ou très peu dans les voies aériennes.

Voie cervicale. — L'incision externe a été préconisée en 1872, par Saint-Germain. En 1881, Watson-Cheyne l'érige en méthode générale ; il fait son incision derrière le sterno-mastoïdien, parallèle au muscle, et par cette voie recherche l'abcès. Peu après Burckhardt modifia le procédé opératoire, en incisant les téguments au devant du muscle sterno-mastoïdien.

C'est cette méthode qui est maintenant suivie par nombre de chirurgiens, méthode délicate et difficile aux médecins non rompus à la pratique chirurgicale.



Deuxième Partie

Abcès latéro-pharyngiens

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. Séméiologie

A) *Etiologie.* — Il est une forme d'abcès du pharynx sur laquelle nous voulons particulièrement insister : nous avons nommé les abcès latéro-pharyngiens.

Ce sont des adéno-phlegmons des ganglions lymphatiques situés dans la paroi latérale du pharynx, dans le triangle maxillo-pharyngien que nous avons décrit à la première partie.

Nous avons vu que ces deux groupes de ganglions latéro-pharyngiens reçoivent les lymphatiques venus

de la muqueuse du voile de palais, des amygdales palatines, des parois latérales du pharynx. On retrouvera donc la cause des abcès latéraux dans les infections de la muqueuse du pharynx et du voile de palais. et l'on pourra dire que leur origine est plutôt bucco-pharyngienne que nasale. En effet, parmi les causes locales les plus fréquentes, on peut citer les infections de l'amygdale quelles qu'elles soient, et souvent la carie dentaire.

L'infection peut également se faire directement, soit par une piqûre ou une écorchure de la muqueuse, soit par la présence d'un corps étranger.

Mais il est à remarquer que contrairement aux autres formes d'abcès du pharynx, les abcès latéraux se rencontrent assez fréquemment chez l'adulte, et qu'on ne les observe pas exclusivement chez l'enfant.

D'où vient cette différence ? Probablement de ce que les ganglions latéraux ne sont pas atteints de l'atrophie que subissent les ganglions rétro-pharyngiens, atrophie qui, d'après Gillette, irait même jusqu'à la disparition complète.

En outre, comme pour toutes les inflammations du système ganglionnaire, il y a des tempéraments prédisposés : ce sont les gens lymphatiques, les individus convalescents d'une maladie infectieuse, cachectisés par une maladie aiguë antérieure.

B) *Symptomatologie*. — Les abcès des parois latérales du pharynx présentent également des symptômes

spéciaux qui les distinguent des abcès rétro-pharyngiens et en font une espèce clinique bien différenciée.

1) *Signes fonctionnels.* — La première période débute par des symptômes peu alarmants et peu caractéristiques : c'est un coryza, un léger mal de gorge, un commencement d'angine. Les parois du pharynx sont un peu enflammées ; mais on ne constate encore aucun gonflement et pas de douleur ; la température est normale. En somme début lent et insidieux.

Puis tout à coup la fièvre apparaît et monte rapidement à 39° ou 40°. La gorge rouge et enflammée donne au malade la sensation d'une grande sécheresse, et souvent d'un corps étranger qui se serait arrêté dans l'arrière-gorge.

En même temps que cette sécheresse, apparaît la dysphagie d'abord peu marquée et peu intense, mais qui devient rapidement très violente, et arrive à un tel degré qu'elle empêche le malade de prendre la moindre nourriture

Ajoutez à cela les convulsions chez les jeunes enfants, les vomissements, la contracture des mâchoires, phénomènes excessivement fréquents.

A quoi faut-il attribuer l'apparition de ces symptômes ? Sans doute au voisinage des nerfs spinal et pneumo-gastrique, qui passent dans l'espace maxillo-pharyngien un peu en dehors et en arrière des ganglions lymphatiques latéraux.

Quant à la dyspnée, elle est en général peu accu-

sée, parfois même, elle fait complètement défaut. Elle apparaît surtout quand les phlegmons latéro-pharyngiens gagnent les parois antéro-latérales du larynx et de l'extrémité supérieure de la trachée. On constate alors du tirage avec des phénomènes dyspnéiques très développés.

2. *Signes physiques.* — *Examen du cou :* L'inspection extérieure révèle un gonflement parfois considérable de la partie supérieure et latérale du cou. Les ganglions de cette région se gonflent et font saillie ; bientôt l'atmosphère qui les entoure, s'enflamme.

A ce moment surviennent des symptômes généraux qui indiquent la formation du pus. Localement la suppuration se fait présumer par une plus grande chaleur de la région, par une douleur vive à la pression, la rougeur de la peau, et les élancements perçus par le malade. Enfin se montre l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané et la fluctuation, fluctuation sous-musculaire parfois difficile à reconnaître, à cause de sa profondeur.

Examen de la bouche et du pharynx : Après avoir fait ouvrir la bouche, on constate une tuméfaction générale de la gorge. La muqueuse du pharynx est rouge et gonflée ; rouges aussi sont les amygdales qui proéminent surtout d'un côté, côté où nous constaterons tout-à-l'heure que le toucher est le plus douloureux.

Toucher bucco-pharyngé : En pratiquant le tou-

cher, le doigt sent par la bouche une tuméfaction située en dehors et en arrière de l'amygdale. On apprécie nettement son siège, sa rénitence et sa fluctuation surtout si l'on a soin d'associer au toucher pharyngien, la palpation de la région angulo-maxillaire.

C'est dans ces cas qu'il faut avoir soin de chercher les battements de la carotide interne, par le palper pharyngien, dans les cas où l'artère aurait été refoulée par la collection.

C) *Formes cliniques.* — On peut diviser les abcès latéro-pharyngiens en deux formes distinctes, selon qu'ils proéminent dans la gorge, ou qu'ils se font jour vers l'extérieur.

Les premiers peuvent être confondus avec un phlegmon de l'amygdale, avec l'œdème de la glotte, avec le croup.

Quant aux seconds on peut les confondre et on les confond souvent avec les phlegmon sous-maxillaires. C'est ce point de diagnostic, quelquefois assez délicat, que nous discuterons dans un chapitre particulier.

D) *Complications.* — Les complications de l'abcès latéral sont plus rares que celles de l'abcès rétro-pharyngien et en général, à moins que le pus fuse vers le larynx ou la trachée, vers le médiastin ou les plèvres, la collection purulente s'ouvre d'elle-même dans le pharynx ou au cou, et la guérison est la règle.

CHAPITRE II

Diagnostic

Nous avons dit au précédent chapitre que les abcès latéro-pharyngiens étaient souvent confondus avec les phlegmons sous-maxillaires. Cette erreur de diagnostic, sans être en effet très fréquente, arrive cependant quelquefois, témoin les observations que nous avons pu recueillir.

C'est qu'il est souvent difficile d'opérer la distinction entre les deux cas, et l'abcès pharyngien vient-il faire saillie à l'extérieur, l'inspection de la bouche et de la gorge n'a-t-elle rien révélé, malgré la dysphagie et la dyspnée dont souffre le malade, on écarte l'idée d'abcès pharyngien et on porte le diagnostic de phlegmon sous-maxillaire. On fait une incision à l'extérieur, au point fluctuant et l'on est tout étonné de voir que la plaie communique profondément avec la loge maxillo-pharyngienne que la poche remonte parfois par derrière le pharynx, au-devant de la colonne vertébrale et s'étale entre les muscles droits antérieurs,

Ou bien l'on est mis tardivement sur la voie du diagnostic, par un flot de pus qui s'écoule de lui-même par la bouche, par un gargouillement qu'on dirait produit par de l'air qui traverse une grande quantité de mucus. On retire alors l'attention du gonflement extérieur et de l'œdème du cou, on songe à examiner une dernière fois l'arrière-gorge, et l'œil aperçoit ou le doigt sent un abcès qui bombe dans le pharynx, s'il ne s'est déjà ouvert de lui-même dans l'arrière-gorge.

L'abcès latéro-pharyngien en effet, et le phlegmon sous-maxillaire, ont souvent même étiologie, même lieu d'élection, mêmes symptômes, même marche, mêmes complications, et ce n'est, dans certains cas embarrassants, que par une étude attentive qu'on peut arriver à un diagnostic certain.

Il existe, dans la loge de la glande sous-maxillaire, une dizaine de ganglions placés dans l'angle formé par la mâchoire inférieure et le mylo-hyoidien. Ces ganglions, qui reçoivent les lymphatiques du front, des paupières, du nez, des gencives inférieures et d'une partie de langue, viennent-ils à s'enflammer, par suite d'une infection quelconque de ces régions, il se produit un phlegmon sous-maxillaire.

Ce phlegmon débute par un gonflement dur, mal limité ; la peau devient rouge, luisante ; la tuméfaction ne dépasse guère en avant l'os hyoïde, elle s'étend de préférence en arrière jusqu'au muscle ster-

no-mastoïdien. Elle se ramollit au bout de cinq à six jours ; un foyer se forme qui traduit sa présence par de l'œdème, une douleur vive à la pression, en un point fixe ; puis apparaît la fluctuation profonde et difficile à percevoir.

La muqueuse pharyngienne est parfois rouge et tuméfiée ; la salivation est abondante, la langue épaisse, la déglutition gênée par la constriction des mâchoires.

Ce sont là les symptômes de plus d'un abcès pharyngien ; rougeur de la gorge, sécheresse de la bouche, difficulté de la déglutition, gonflement des ganglions, œdème du cou, raideur musculaire, etc.,

Comme l'abcès pharyngien, le phlegmon sous-maxillaire évolue avec des phénomènes généraux plus ou moins accentués ; comme lui, il se termine souvent en une semaine par ouverture spontanée ; comme lui il peut donner lieu à des complications du côté de la plèvre et du médiastin, le pus fusant par une voie qui lui reste ouverte, au lieu de se faire jour à l'extérieur.

Dès le début cependant, un signe peut mettre sur la voie du diagnostic :

Si avec un engorgement des ganglions encore peu accusé, *on constate un empâtement, un œdème de la muqueuse pharyngée*, c'est que l'abcès est plus profond que la simple inspection ne le faisait supposer, et qu'on a affaire à un *abcès latéro-pharyngien*.

En outre dans l'abcès pharyngien les troubles de la voix et de la respiration sont plus accusés que dans le phlegmon sous-maxillaire. Dans nombre d'observations d'abcès pharyngiens méconnus, c'est la dysphagie, c'est la dyspnée surtout qui met enfin le praticien sur la voie du diagnostic et l'invite à intervenir.

D'un autre côté l'inspection de la gorge qui ne révèle presque jamais rien dans le phlegmon sous-maxillaire, donne presque toujours des renseignements précieux dans l'abcès du pharynx. Dans ce dernier cas la muqueuse de la gorge et de l'arrière gorge est très enflammée, injectée, ainsi que l'amygdale qui est refoulée du côté opposé à la collection purulente.

A-t-on affaire au contraire à un phlegmon sous-maxillaire, la muqueuse est ordinairement saine, ou présente seulement une légère rougeur, et l'abcès proémine plus volontiers sur le plancher de la bouche renversant la langue en haut, et gênant les premiers temps de la déglutition.

Si l'on associe ce toucher bucco-pharyngé au palper cervical, on perçoit une sensation de flot, produite par le pus renvoyé d'un côté à l'autre de la poche, dans le cas d'abcès pharyngien. Rien de pareil n'a lieu si l'on a affaire à un phlegmon sous-maxillaire.

Enfin, l'on ne rencontre que très rarement dans cette dernière affection les accidents nerveux : vomis-

sements, convulsions, délire, qui ne font presque jamais défaut chez les malades atteints d'abcès pharyngiens.

En résumé, ce sont les troubles fonctionnels, dysphagie, dyspnée, constriction des mâchoires qui dominant la scène dans l'abcès pharyngien ; ce sont surtout les signes physiques, gonflement, œdème du cou, fluctuation, qui éveillent l'attention dans le cas de phlegmon sous-maxillaire.



CHAPITRE III

Traitement

Sur le traitement nous ne pourrions faire que des redites.

C'est cependant au cas d'abcès latéro-pharyngien que l'incision est le plus délicate :

La collection purulente, au lieu d'être étalée au fond du pharynx, loin de tout organe important, est proche voisine du paquet vasculo-nerveux du cou, qui baigne parfois au milieu du pus. Il serait alors dangereux d'y porter la pointe du bistouri, et de faire courir au patient le risque d'une hémorragie mortelle. D'un autre côté, le trismus, très fréquent dans cette forme d'abcès, empêche souvent le patient d'entr'ouvrir la bouche.

Mieux vaut, dans ces conditions, comme l'abcès souvent proémine vers l'extérieur, attaquer la poche par la voie cutanée.

On peut remarquer que dans plus de la moitié de nos observations (cinq fois sur neuf abcès ouverts)

les praticiens ont ainsi opéré, et ont obtenu quatre guérisons.

Nous sommes loin cependant de rejeter absolument l'incision buccale, qui est tout indiquée, quand l'abcès tombe sur la paroi latérale du pharynx, et qui donne alors d'excellents résultats.

Il suffit même dans certains cas, comme l'a fait M. Aviragnet, de peser sur l'abcès avec un tampon de coton fixé dans les mors d'une pince, pour rompre la poche et obtenir la guérison.



Observations

OBSERVATION I (Résumée)

Abcès péripharyngien méconnu (Thèse de Moreau, 1896)

Louis A..., 3 ans 1½ entré à l'hôpital Trousseau, le 9 janvier 1896, au pavillon des douteux, service de M. le Docteur Comby.

Elevé au sein jusqu'à 2 ans 1½, très sujet aux spasmes de la glotte : il aurait été pris d'accès de suffocation tous les 4 ou 5 mois, on le traitait par des potions calmantes.

L'enfant a eu la rougeole 12 jours avant son entrée dans le service.

Le 4 janvier, accès de suffocation qui a duré 5 heures ; depuis lors il en aurait eu une dizaine.

Etat actuel. — Le petit malade est pâle, les yeux un peu bouffis ; il tire fortement avec double dépression et saillie des veines du cou. L'inspiration est sonore, allongée et très pénible, l'expiration éteinte et sifflante.

On ne voit absolument rien qu'un peu de rougeur à l'examen de la gorge.

Traitement. — Bains sinapisés, compresses chaudes autour du cou, vaporisations, 1 gr. d'antipyrine. Valériate d'ammoniaques X gouttes. A 1 h. du matin, tirage extrême, asphyxie menaçante. Tubage d'urgence.

13 janvier, détubage, retubage.

15 janvier, idem.

16 janvier, idem.

17 janvier, idem. On aperçoit une petite tuméfaction sur le côté gauche du cou, près de l'union de la trachée et du larynx; cette tumeur semble profonde. pas manifestement fluctuante.

20 janvier. — (Edème autour de la région tuméfiée, qui a augmenté un peu de volume, a franchi la ligne médiane et forme une seconde bosselure sur le côté droit. Incision à gauche, au point fluctuant. Issue d'une grande quantité de pus.

21 janvier, détubage. L'enfant reste très bien sans tube.

La température tombe à 37° le 23 et s'y maintient. La voix d'abord voilée revient peu à peu, l'état général se relève.

Le 1^{er} février, l'enfant sort guéri.

En somme, il s'agissait d'un abcès péripharyngien méconnu. Le tubage ne faisait que combattre un symptôme et non la cause, et sans doute les accidents respiratoires eussent cédé plus tôt, si l'on avait eu l'attention attirée plus vite, vers cet abcès péripharyngien qu'on avait méconnu.

OBSERVATION II (Résumé)

Publiée dans la thèse de M. Moreau

Homme de 30 ans. Mars 1894.

Cet homme est pris d'une scarlatine maligne. Pendant la convalescence, série de clous. Un abcès se forme à la région trochantérienne gauche.

Quelques jours après, le ganglion cervical s'est gonflé considérablement à droite, et est devenu le siège de douleurs intenses. Le 21 avril, on constate un adéno-phlegmon des plus nets. Il n'y a pas encore de fluctuation certaine. Gonflement de la moitié supérieure de la face latérale du cou.

Incision stérno-mastoïdienne au point déclive, puis avec la sonde cannelée, ouverture de l'abcès qui donne issue à une énorme collection de pus.

Le doigt introduit permet de constater que la poche remonte jusque dans le triangle maxillo-pharyngien.

25 avril. — Pansement. Beaucoup de pus.

5 mai. — L'adéno-phlegmon droit va très bien, mais on ouvre un abcès qui s'est formé à gauche depuis le 30 avril.

Convalescence très longue; le malade est guéri en juillet.

OBSERVATION III (Résumé)

Publiée dans la thèse de M. Milsonneau

Blanche D..., 23 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 25 février 1885, dans le service de M. Siredey.

Poirier

Elle a été prise brusquement de frissons. La gorge est douloureuse, la déglutition impossible. Sensation de corps étranger dans le pharynx.

Rougeur intense du pharynx, gonflement des amygdales surtout à gauche.

Tumeur douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, étalée, bombée vers le centre, siégeant en arrière de l'angle de la mâchoire et de la branche montante du maxillaire inférieur.

Le 10 mars. — Ouverture de l'adéno-phlegmon par M. Duplay. Incision de 1 centimètre $1/2$ parallèle au sterno-mastoïdien. Drain.

11. mars. — Température normale.

18 mars. — La malade sort guérie.

OBSERVATION IV (Publiée par M. Saint-Germain. Revue des maladies de l'enfance. Août 1888).

En janvier dernier, je fus appelé par un confrère de la ville et par un de mes collègues des hopitaux près d'un enfant dont l'état inspirait les plus sérieuses inquiétudes.

Cet enfant, âgé de deux mois était né dans d'excellentes conditions. Confié à une bonne nourrice et s'étant admirablement porté pendant cinq semaines, il s'était normalement développé, lorsqu'à ce moment il manifesta certains troubles locaux et généraux qui ne laissent pas d'inquiéter le médecin de la famille et l'accoucheur qui l'avait mis au monde.

L'enfant manifesta d'abord certains troubles dans la déglutition et têta moins longtemps, plus souvent, moins complètement. Son cri changea également de nature et sans affecter cette analogie que M. Labric a établie avec le cri du canard, gagna en gravité ce qu'il perdit en éclat. La peau devint plus chaude et de petits accès de fièvre se produisirent.

Les médecins traitants examinèrent la gorge, et n'y trouvèrent rien, si ce n'est une légère rougeur avec tuméfaction légère également siégeant au niveau de la tonsille droite.

L'exploration fut faite à plusieurs reprises, à l'aide du toucher pharyngé : mais, soit que cet examen fut assez difficile à ce moment, soit que la sensation perçue fut assez vague, l'idée d'un abcès rétro-pharyngien, un moment émise, ne fut pas adoptée.

En même temps, une tumeur vague, diffuse ne tarda pas à se produire au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. La fluctuation y fut cherchée, mais en vain. Des pommades résolutives, des cataplasmes furent successivement appliqués sur la région sans grands résultats.

En même temps, la voix devenait de plus en plus rauque, la fièvre plus intense, et surtout la dysphagie de plus en plus accentuée.

Le diagnostic porté après mûr examen, fut abcès ganglionnaire, ou mieux phlegmon en train de s'abcéder, comprenant la langue et l'œsophage, et justiciable d'une intervention rapide.

Quand, sur la demande de mes confrères, je pus examiner l'enfant, son état me parut des plus graves.

Son teint d'une pâleur extrême avait les tons de la cire,

ses yeux étaient sans expression, et ses membres, dans une résolution complète. Il était 9 heures du matin, et depuis la veille au soir, il avait absolument refusé de téter. L'introduction du lait avec une cuiller était également restée sans résultat ; le liquide était resté quelques secondes dans l'arrière gorge, mais une régurgitation brusque avait bientôt tout expulsé.

En avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans un point qui correspondait assez exactement à la région tonsillaire droite, se trouvait une tumeur volumineuse, du volume d'un petit œuf. Cette tumeur aux contours vagues, sans limites, me parut être le siège d'une fluctuation manifeste bien que profonde. Comme je ne trouvais pas à cette masse les caractères d'une tumeur ganglionnaire bien circonscrite et suppurée à son centre, j'explorai le pharynx et je constatai aussitôt une masse du volume d'une grosse noix, soulevant la tonsille droite, la rejetant en dedans ainsi que le pilier antérieur et donnant les signes très nets d'une fluctuation évidente.

Bien plus, je pus avec une assez grande facilité percevoir à l'aide d'un doigt appuyant sur cette masse, et d'une main appliquée extérieurement sur la tumeur du cou, une communication évidente entre les deux tumeurs. Pour moi, il n'y avait pas de doute, nous avions affaire à un abcès rétro-pharyngien, qui au lieu de se diriger franchement vers la muqueuse, avait fusé profondément sur la paroi latérale droite du cou.

Je proposai l'intervention immédiate ; elle fut acceptée.

Je plongeai un bistouri droit à la partie la plus déclive de la tumeur du cou, et j'obtins aussitôt un flot de pus. Pro-

fondeur de la plaie, 2 centimètres 1/2. Complétant alors pour mes deux confrères la démonstration du diagnostic d'abcès rétro-pharyngien, je plongeai le doigt dans la gorge, et par une pression exercée sur l'amygdale, je triplai immédiatement le débit du pus, qui put ainsi en quelques secondes être complètement évacué.

Un petit drain fut introduit dans la plaie, un cataplasme héniqué fut appliqué. Ce pansement était à peine terminé que l'enfant retrouva immédiatement son cri dans toute sa netteté et dans toute l'ampleur de son timbre habituel. Sur ma demande le sein lui fut présenté ; il se jeta sur lui avec avidité, et téta merveilleusement.

Je ne revis plus l'enfant, mais j'ai su que l'abcès s'était absolument vidé par la plaie, que la cicatrisation avait rapidement marché et que la guérison avait été complète au bout de quinze jours environ.

OBSERVATION V (Résumé)

Gazette médicale, 1840. Publiée dans la thèse de Gillette

En avril 1838, je fus mandé auprès d'un enfant de 7 mois. Il offrait les signes d'une gastro-entérite légère. Vers l'angle de la mâchoire à gauche, ganglions lymphatiques tuméfiés et douloureux. Le pharynx, la gorge, n'offrent rien de particulier.

Quelques jours après, vomissements, respiration labo-

rieuse, tête penchée en arrière, fixée sur le cou immobile. Les mâchoires sont serrées. Au moindre attouchement, l'enfant pousse des cris. Cou tuméfié à gauche.

Les accidents sont attribués au gonflement des ganglions.

Traitement approprié.

Au bout de huit jours, les ganglions ont diminué de volume, mais un bruit de gargouillement s'entend comme si l'air traversait une abondante quantité de mucus. La suffocation est imminente. La mâchoire écartée avec force, le doigt introduit dans le pharynx y sent une tumeur fluctuante.

A l'ouverture de l'abcès, un flot de pus en découle.

Guérison après la seconde incision.

OBSERVATION VI (Résumée)

Monographie des maladies du pharynx. Publiée
dans la thèse de Gillette.

Un soldat se plaignait depuis quelque temps d'un violent mal de gorge. Le pharynx, les amygdales et le voile du palais sont injectés. L'aspect terne de la muqueuse fait croire à la syphilis. Saignée et 20 sangsues. Pilules de Sédillot. Sous l'influence de ce traitement les douleurs s'amendent.

Mais bientôt apparaissent de nouveaux symptômes : la déglutition est impossible, la respiration gênée, la face rouge, etc... On scarifie l'épiglotte tuméfiée.

Néanmoins la gêne de la respiration augmente de plus en plus, lorsqu'une tumeur molle et fluctuante s'étant montrée à la partie antéro-latérale du cou, on en fit l'ouverture. Il en sortit beaucoup de pus. Le malade, tout d'abord soulagé, meurt après quelques jours.

A l'autopsie on constate que l'abcès occupe à la partie antérieure de la colonne vertébrale, les muscles droits antérieurs.

OBSERVATION VII

Roustan, 1859. Citée par Thoyer-Rozat. (Résumé)

Un enfant de 9 mois 1/2, est pris dans la nuit du 12 au 13 octobre 1863, de suffocation et de dysphagie. La voix est cassée, le cou raide et immobile.

Le lendemain matin, le Dr Roustan, appelé en toute hâte, prescrit une application de sangsues et un vomitif.

L'inspection de la gorge ne révèle rien ; le cou n'est le siège d'aucun gonflement. Cependant un engorgement se manifeste du côté gauche sans fluctuation.

Le doigt ne sent au fond de la gorge qu'un très faible soulèvement de la paroi. On attend pour faire l'incision que la collection purulente proémine d'un côté ou de l'autre, et l'enfant meurt dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve derrière le sterno-mastoïdien une collection purulente dans laquelle baignent la parotide et le pneumo-gastrique. La poche s'étend entre le pharynx

et la colonne vertébrale, depuis le bord inférieur du larynx jusqu'au niveau de la 2^e vertèbre cervicale.

OBSERVATION VIII (Résumé)

Abcès pharyngien n'ayant déterminé qu'un œdème de voisinage très étendu (Thèse de Roustan).

Il s'agit d'un enfant de 3 mois qui présenta à partir du 18 novembre 1866 les symptômes d'un catarrhe naso-pharyngé très intense.

Le 27 novembre, on constate l'apparition d'une tuméfaction dans la région cervicale du côté gauche, immédiatement sous le maxillaire inférieur. En même temps, la toux devient très fatigante. La respiration est difficile, la figure cyanotique.

L'examen du poumon ne révèle rien d'anormal, ni celui du pharynx, qui cause du reste des accès de suffocation très intenses.

Le 28, l'enfant meurt subitement.

Le traitement institué avait consisté en cataplasmes et inhalations chaudes.

A l'autopsie, on trouve derrière la paroi postérieure du pharynx, une cavité ayant les dimensions d'une châtaigne : tout autour de l'abcès, œdème et infiltration purulente jusqu'à une distance considérable,

OBSERVATION IX (Résumé)

Thèse de Roustan, 1869.

Un enfant de 10 mois, est pris le 10 décembre 1867 de gonflement des ganglions sous-maxillaires. La santé antérieure avait toujours été bonne. Les parents sont bien portants.

Quelques jours après, l'enfant est pris de fièvre et d'agitation. La tumeur ganglionnaire va toujours en augmentant.

Le 24 décembre on constate une tuméfaction glandulaire du cou recouverte d'une peau rosée. La tête est renversée en arrière. Le cou raide et immobile. Régurgitations, voix rauque et voilée, respiration anxieuse. La muqueuse du pharynx et de la bouche est rouge cerise. Rien d'apparent au fond de la gorge..

On prescrit un vomitif, des cataplasmes sur le gonflement, et des sinapismes sur les membres.

Le lendemain l'état du petit malade s'est encore aggravé.

Le Dr Roustan étonné, introduit un doigt au fond de la gorge et sent à la partie inférieure du pharynx une tumeur dure et résistante.

On y fait une ponction immédiate, un flot de pus en découle ; et le petit malade est sur le champ soulagé.

La guérison est complète au bout de huit jours.

Voici le résumé des deux observations que nous a communiquées M. le Dr Aviragnet.

1^{er} cas — Il s'agissait d'un jeune homme d'une quinzaine d'années qui, en pleine santé, fut pris d'une angine pseudo membraneuse violente, non diphtérique. Les lavages de la gorge amenèrent la disparition graduelle et assez rapide de l'exsudat amygdalien mais il persistait dans la région sous-maxillaire droite une tuméfaction assez douloureuse à la pression.

En même temps la température restait élevée et le jeune homme très pâle, amaigri n'avait aucun appétit.

On pensa à l'existence d'une adénite consécutive à l'infection pharyngo-amygdalienne. La fièvre, le mauvais état général, la perte de forces, l'absence de l'appétit étaient mis sur le compte de cette infection ganglionnaire.

La peau, au niveau de la tuméfaction, n'était pas rouge : il ne semblait donc pas qu'on fût en présence d'une adénite très aiguë ; la fluctuation n'existait pas d'ailleurs.

Les applications de teinture d'iode, l'administration de sulfate de quinine ne modifiaient en rien l'état.

L'examen de la gorge depuis la disparition de l'angine ne révélait rien d'anormal sauf un léger degré de rougeur.

Au bout de quinze jours apparut à l'union de la paroi postérieure du pharynx et de la paroi latérale droite derrière l'amygdale une tuméfaction légère, fluctuante. On pensa aussitôt à l'existence d'un abcès latéro-pharyngien et l'on fit par la bouche une incision qui laisse sortir une assez grande quantité de pus. La pression sur la tuméfaction ganglionnaire de la région sous-maxillaire droite facilitait la sortie du pus.

Dès le lendemain la température était redevenue normale, la tuméfaction sous-maxillaire avait disparu et l'on ne percevait plus qu'un ganglion à peine augmenté de volume.

La plaie pharyngienne se cicatrisa rapidement et la guérison fut définitive en quelques jours : l'appétit, les forces revinrent rapidement.

Cette observation suggère quelques remarques intéressantes :

Il s'est agi dans ce cas d'un abcès latéro-pharyngien consécutif à une angine. Cet abcès, développé sur les parties latérales, n'a fait saillie dans le pharynx que très tardivement ; le pus en se portant au dehors simulait une adénite sous-maxillaire et pendant longtemps on se crut en présence d'une infection ganglionnaire. C'était là une erreur. Le ganglion correspondant à l'amygdale malade était augmenté de volume, mais très légèrement. Il reposait sur une masse d'œdème et de pus : d'où cette tuméfaction qui avait fait penser à une adénite sous-maxillaire.

C'est là une variété d'abcès latéro-pharyngien qu'on ne rencontre pas fréquemment.

2^e Cas. — Bébé d'un an atteint de rhino-pharyngo-amygdalite grippale avec fièvre vive. Au bout de quelques jours, apparition d'une tuméfaction sous-maxillaire droite. On porte le diagnostic d'adénite. L'infection ganglionnaire était facile à expliquer par l'affection pharyngo-amygdalienne.

Le bébé était aux prises avec une fièvre vive que ne faisait disparaître ni les lavages de la gorge, ni l'administration d'antipyrine et de quinine.

Après quinze jours de maladie l'enfant était dans le même état. M. le Dr Aviragnet le vit à ce moment.

La tuméfaction sous-maxillaire était très marquée et à l'examen de la gorge on constatait une rougeur diffuse avec œdème léger de la muqueuse pharyngée.

La peau au niveau de la région tuméfiée n'étant pas rouge, la douleur n'étant pas très vive, M. Aviragnet rejeta le diagnostic d'adénite sous-maxillaire. Instruit, d'autre part, par le cas précédent, il pensa à l'existence d'un abcès latéro-pharyngien consécutif à la pharyngo-amygdalite grippale.

La fièvre, la rougeur et l'œdème de la gorge, la tuméfaction sous-maxillaire plaident en faveur de ce diagnostic.

On ne percevait pas dans la gorge de saillie permettant de tenter une incision, mais des pressions furent exercées de dedans en dehors sur la paroi latérale du pharynx à l'aide de pinces armées de boulettes d'ouate et l'on réussit ainsi à crever la poche de l'abcès. Le pus se vida dans le pharynx.

La fièvre tomba immédiatement, la tuméfaction sous-maxillaire disparut et le bébé ne tarda pas à guérir.

Voilà encore un cas des plus nets d'abcès latéro-pharyngien consécutif à une infection de la gorge et simulant une adénite sous-maxillaire.

Le diagnostic des faits de ce genre est du plus haut intérêt, puisque l'incision suffit à faire disparaître la fièvre, l'amaigrissement, l'inappétence, l'anémie.

Et d'autre part, chez les bébés on sait combien il peut être parfois dangereux de laisser s'ouvrir seul un abcès rétro-pharyngien. La mort peut être le résultat de cette ouverture spontanée. La mort subite peut également résulter du fait de la seule compression des nerfs par l'abcès.

(Voir à ce sujet une observation de M. Aviragnet parue en 1893, dans la Revue des Maladies de l'Enfance).

Conclusions

1° Les abcès latéro-pharyngiens sont plus rares que les rétro-pharyngiens.

2° Ils ont la même étiologie que ces derniers, comme eux ce sont des adéno-phlegmons.

3° Ils ont des symptômes spéciaux qui les distinguent des autres abcès du pharynx : il faut placer en premier lieu les symptômes nerveux, et le gonflement des ganglions sous-maxillaires.

4° On peut les diviser en deux types cliniques, selon qu'ils procèdent sur la paroi du pharynx, ou qu'ils font saillie à l'extérieur.

5° Cette deuxième forme simule l'adénite sous-maxillaire, si bien que l'erreur est possible et a été plusieurs fois commise.

6° Il existe cependant des signes qui permettent de poser un diagnostic certain ; le plus important est la constation d'œdème pharyngé en cas d'abcès latéro-pharyngien.

7° La terminaison de ces abcès est plus favorable

que celle des abcès rétro-pharyngiens ; souvent ils évoluent d'eux-mêmes vers la guérison.

8° Le traitement consiste dans l'intervention chirurgicale. Mais ici, l'incision externe est plus souvent indiqué que pour les abcès rétro-pharyngiens.

Vu : Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Aciragnet. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, octobre 1893, et communication orale.

Castex. — Revue de Médecine 1886.

Gallet. — Tumeurs du rétro-pharynx opérées par la voie interthyro - maxillaire. Gazette hebdomadaire, 4 août 1898.

Gilbert-Bonneau. — Absès du pharynx, thèse de Montpellier 1851.

Gillet. — Journal de clinique et de thérapeutique infantile 1896, n° 28.

Gillette. — Absès pharyngiens idiopathiques. Thèse de Paris 1867.

Guépin et Ripault. — Gazette des hôpitaux, 23 juin 1894.

Jaccoud. — Dictionnaire de Médecine. Article pharynx.

Jacquemart. — Thèse de Paris 1877.

Laurent. — Diagnostic des abcès rétro-pharyngiens. Société belge d'otologie, 8 novembre 1896.

Legendre. — Diagnostic de quelques adénopathies du cou. Concours médical, 14 mai 1892.

Legendre et Broca. — Abscès chauds péripharyngiens.
Thérapeutique infantile.

Marfan. — Bulletin médical, 27 décembre 1899.

Milsonneau. — Thèse de 1884 (Paris).

Moreau. — Thèse de Paris, 1895.

Mondière. — Abscès rétro-pharyngiens. L'expérience,
1842, tome IX.

Nélaton. — Pathologie chirurgicale, tome IV.

Plateau. — Journal médical, Paris 1885.

Plicque. — Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou. Gazette des hôpitaux, 8 février 1890.

Roustan. — Thèse de Paris, 1869.

Saint-Germain. — Revue mensuelle des maladies de
l'enfance. Tome VI, page 365.

Trélat. — Société de chirurgie, 22 mars 1882.

Smitz. — Gazette hebdomadaire, 1873, n° 47.

Winternitz. — Abscès rétro-pharyngien chez un enfant
à la mamelle. Gazette hebdomadaire de médecine, 1861.

Decroizille. — France médicale, novembre 1885.

Thoyer-Rozat. — Abscès rétro-pharyngiens idiopathi-
ques, thèse de Paris, 1896.

